

症は認めなかった。

第60回長岡地区循環器懇話会

日 時 平成12年6月30日(金)
午後7時～9時
会 場 長岡市健康センター

一 般 演 題

1) 失神, 脳神経症状で発症した急性大動脈解離

高橋 稔・佐野 壮一)	(立川総合病院)
池田 佳生・北沢 仁		
石黒 淳司・佐藤 政二)	(循環器科)
岡部 正明		
春谷 重孝)	(同)
小泉 孝幸)	(同)
)	(脳神経外科)

【症例】失神, 左片麻痺より脳神経外科に搬送され, 後に A 型急性大動脈解離が判明した3例を経験した。胸部症状は非典型的で, 心タンポナーデや破裂はなかったが血圧は低く(左右差なし)徐脈傾向であった。【考案】診断と治療の pitfall, 問題点として, ①発症と同時に失神する為, 痛みを覚えない? 健忘? の為か, 胸部症状が非典型的で, ECG, 心エコーで所見がないと脳梗塞と診断される。②治療として血圧は高目に管理され, 抗血栓剤を投与される。③心タンポナーデや破裂がなくても血圧低下, 徐脈例があり, 解離の刺激による頸動脈洞反射の可能性がある。【結語】失神, 脳神経症状を呈する急性大動脈解離は脳梗塞と診断される例がある。胸部症状や低血圧, 徐脈を伴う場合, 頭部 CT と同時に, 胸部 CT を積極的に施行するべきと思われる。

2) 胸痛にて発症したバルサルバ洞動脈瘤の一例

戸井田竜成・佐伯 牧彦)	(長岡中央総合病院)
高野 一		

胸痛発作をきたし, 心臓カテーテル検査によって左冠尖の未破裂バルサルバ洞動脈瘤を認めた一例を経験した。症例は72歳男性, 平成12年3月25日の朝, 突然前胸部痛が出現。近医を受診しニトロペンを処方され服用するが

軽快しないため, 本院の救急外来を受診。心電図, 心エコー上異常は認めなかったが, 再度ニトロペン舌下にて症状は軽快したため, 狭心症を疑った。その後行ったトレッドミル運動負荷では胸部症状も無く, 心電図異常も認めなかったが, 心筋シンチ上, 前壁中隔領域に虚血が認められた。心臓カテーテル検査で左室造影にて左冠尖外側に径2×3cmの大動脈より造影される瘤が出現し, それにより左前下行枝と回旋枝が圧排されている像を認めた。3D-CTで大動脈起始部の左前方に腫瘍を確認した。その後, 再度行った心エコーで左バルサルバ洞近傍に径1.5cm×1.4cmの瘤を確認した。

当初, 単なる狭心症を疑った症例であったが, 左冠尖バルサルバ洞動脈瘤による左前下行枝と回旋枝の圧排により狭心痛を来したと思われる, 稀な症例であり, ここに報告した。

3) 房室伝導において gap 現象を認めた運動誘発房室ブロックの1例

戸枝 哲郎・風間 龍)	(県立十日町病院)
室岡 寛		

症例は54歳の男性。主訴は眼前暗黒感。4年前よりときどき眼前暗黒感があり, 最近になって歩行中の動悸, 息ぎれ, 眼前暗黒感を頻回に自覚するようになり当院を受診した。Treadmill テスト, Holter 心電図にて房室ブロックを認め, 心臓精査のため入院となった。安静時心電図, 胸部 X 線は特に異常なし。Holter 心電図: 心拍数90/分以上になると Mobitz II 型の房室ブロックを認めた。Treadmill テスト: Bruce 法3分で心拍数92/分となり, 房室ブロックが認められた。Bruce 法8分まで運動は可能であったが, 心房レート126/分, 心室レート98/分となり, 息ぎれ, 呼吸困難で終了となった。心臓カテーテル検査: 冠状動脈造影は正常, 左室造影にて左室駆出率67%であった。電気生理学的検査: His 束心電図では AH 間隔85msec, HV 間隔45msec, His 束幅15msec であった。右房ペーシング70ppmにて2:1伝導のHVブロックを示した。基本周期長900msecの心房期外刺激法で求めた His-Purkinje 系の有効不応期は800msec と著明に延長していたが, 房室結節の有効不応期は330msec, 機能的な不応期は370msec と正常範囲内であった。800msec 以下の心房期外刺激でHVブロックが生じたが, 490msecの心房期外刺激になると突然房室伝導が回復し, いわゆる gap 現象を認めた。治療としてVVIR型の

永久ペースメーカーを植え込み、その後、眼前暗黒感は消失した。

4) 側副血行の出現により心電図上診断が難しかった冠攣縮性狭心症の一例

細野 浩之・木村 道夫 (刈羽郡総合病院 内科)

症例は59歳男性。冠危険因子は喫煙。平成12年4月6日、午前4時頃突然左胸部の圧迫感が出現し救急車で来院。救急車の心電図モニターでST低下を認めていた。入院時の心電図は正常洞調律、心筋逸脱酵素の上昇なく、

心臓超音波検査で壁運動低下は認めなかった。入院後の自然狭心発作時の心電図ではV₄₋₆のST低下、I、_aV_Lの陰性Tを認めた。冠動脈造影で有意狭窄なく、右冠動脈にエルゴノビン負荷したところ#3で99%狭窄を来たし、同時の左冠動脈造影で#4AV、#4PDへの側副血行を認めた。このときの心電図ではV₄₋₆でST低下を認めた。冠攣縮性狭心症で発作時に心電図がとらえられたものの心電図上ST低下しか認めず、その原因としては一時的に出現した側副血行のためと考えられた。一時的な虚血である冠攣縮性狭心症でも側副血行が出現することがあり、発作時の心電図所見が乏しいときなど側副血行の出現も念頭におく必要がある。